126.

(Innere Medicin. No. 45.)

Die klinisch-diagnostischen Gesichtspunkte der Psychopathologie.*)

Von

Dr. **K. Kahlbaum.**

Wer je einen Gang durch eine grössere Irrenanstalt gemacht und mit einiger Aufmerksamkeit die Kranken in ihrem Benehmen beobachtet, womöglich auch von einer Anzahl derselben die näheren Verhältnisse ihrer Krankheit kennen gelernt hat, der wird sich dem Eindruck einer überwältigenden Mannichfaltigkeit der Aeusserungsweise des Irreseins und der Verschiedenartigkeit seiner Entwickelung nicht haben erwehren können. Die besseren Anstalten haben meist eine gewisse Anzahl getrennter Abtheilungen, in welchen je nach dem Charakter ihres täglichen Verhaltens verschiedene Gattungen von Kranken untergebracht sind. Da giebt es eine Abtheilung für Ruhige und für Unruhige oder Reizbare, eine Scheidung der Heilbaren von den Unheilbaren oder Pfleglingen, es giebt Abtheilungen für Epileptische, für Unreinliche und für Tobsüchtige. Meist giebt es auch noch eine für solche, die sich mit körperlichen Arbeiten beschäftigen, und eine für Bettlägrige, abgesehen von den Abtheilungen, die durch den Vermögensstand bedingt werden. Diese zunächst scheinbar nur aus äusseren Motiven gemachten Abtheilungen haben auch einen inneren pathologischen Grund und sind jedenfalls für die zweckmässige ärztliche Behandlung und Beaufsichtigung sehr wichtig und erfolgreich. In jeder dieser äusserlich hergestellten Gruppirungen sind aber

---

*) Nach einem in der medicinischen Section der Naturforschenden Gesellschaft zu Görlitz gehaltenen Vortrage.

die Fälle unter sich wieder sehr verschieden, sowohl dem äusseren Verhalten nach, als besonders wenn wir auf die Einzelnheiten des täglichen Benehmens und die Vorgeschichte der Krankheit eingehen.

Manche von diesen Verschiedenheiten ist wol auf individuelle und mehr oder weniger zufällige Umstände zurück zu beziehen und in der That ist auf keinem Gebiet der Medicin das Gebot des Individualisirens so wichtig als auf dem der psychischen Krankheiten. Die Wissenschaft hat nun diese grosse Mannichfaltigkeit der äusseren Gestaltung der psychischen Krankheiten auf eine geringe Zahl von Hauptformen zurückzuführen gesucht, die zum Theil schon in der ältesten griechischen Medicin bestimmt unterschieden, seitdem zwar mehrfach in ihrer Auffassung und Unterscheidung geändert worden, schliesslich aber zu einer ziemlich genau umgrenzten und fast allgemein angenommenen Gestaltung gelangt sind. Es sind dies abgesehen von seltneren Nebenformen folgende 4 Hauptgruppen:

1) Melancholie (Trübsinn, Schwermuth),
2) Manie (Tollheit, Wahnsinn, Tobsucht),
3) Moria (Verrücktheit, Verwirrtheit),
4) Demenz (auch Amenz, Anoia, Blödsinn oder Schwachsinn).

Die begriffliche Umgrenzung dieser Typen oder Formen ist ziemlich leicht, wie auch die Wiedererkennung derselben an den Kranken im Ganzen meist keine grossen Schwierigkeiten darbietet.

Der **Melancholiker** stellt ganz entsprechend der heutzutage populären Bedeutung des Wortes einen Krankheitszustand dar, in welchem der Patient den Ausdruck der Traurigkeit zur Schau trägt, von traurigen Gefühlen beherrscht wird und unter dem Einfluss trauriger Gefühle denkt und handelt. In letzter Beziehung sehen wir den einen Melancholiker still hinbrütend wie von der krankhaften Trauer gelähmt, niedergedrückt (**passive Melancholie**), in dem andern Fall von dem inneren Schmerz zur Verzweiflung bis zum Selbstmord und andern Vernichtungsacten getrieben (**active Melancholie**).

Dem entgegen bietet der an **Manie** leidende Kranke oft das Bild grosser Heiterkeit dar, er ist in fortwährender Bewegung, seine Gedanken fliessen ihm schnell ins Bewusstsein und die unwillkürliche Anweckung eines Gedankens durch den andern (**Ideenassociation**) geht in ungewöhnlicher Fülle und hohem Phantasiefluge von statten. Dabei ist der Reflex auf die Sprachmuskeln ein sehr erleichterter, der Kranke möchte keinen der vor sein Bewusstsein tretenden Gedanken ungesagt sein lassen und so überstürzen sich dieselben in Hast und Fülle (**Ideenflucht**). Der Inhalt seiner Gedanken ist theils der Ausdruck einer glücklichen Stimmung theils eines gesteigerten Selbstbewusstseins, zeigt aber meist einen grossen Wechsel der Vorstellungen und des Interesses. Die Muskelbewegungen gehen

ausserordentlich leicht von statten, der Kranke entwickelt eine ungewöhnliche Kraft und eine jeder Ermüdung spottende Ausdauer. Fast in allem, was der Maniacus beginnt und thut, ist eine gewisse inhaltliche Productivität oder Ueberproduction zu erkennen.

Der an **Moria** leidende zeigt öfters auch einige Züge aus dem Bilde der Manie, namentlich das gesteigerte Selbstbewusstsein, dann aber pflegt er eine grosse Einförmigkeit der Vorstellungen darzubieten (**Fixe Ideen**), oder aber er zeigt einen mehr der Melancholie ähnlichen Störungscharakter, während in andern Fällen die Stimmung mehr indifferent ist, aber die Vorstellungen durch einen gewissen Wechsel sich auszeichnen, und theils durch Unangemessenheit zu dem, was sie bedeuten sollen, theils durch Zusammenhangslosigkeit und Verworrenheit (**Allgemeine Verwirrtheit**) als krankhaft charakterisirt sind. Die äussere Bethätigung ist nicht besonders charakteristisch abgeändert, ausser häufig durch Unzeitigkeit und Ungehörigkeit, oder sie entspricht mehr der jeweiligen Stimmung oder dem Inhalt der Vorstellungen.

Endlich das Bild der **Demenz** lässt sich durch den Begriff der Schwäche aller psychischen Functionen charakterisiren, der Kranke denkt wenig oder gar nicht (**Gedankenarmuth** und **Gedankenlosigkeit**), hat ein herabgesetztes Erinnerungsvermögen, die Stimmung ist meist indifferent, das Gefühlsleben kalt (**Apathie**), die Phantasie lahm, die Vernunft leer, der Bewegungstrieb unterdrückt. Der Kranke führt fast nur ein vegetatives Leben.

Man hat diese 4 Hauptformen mit den 4 Temperamenten verglichen, nach welchen man die durchschnittliche psychische Beeigenschaftung der Menschen charakterisirt. In der That kann die Melancholie sehr wohl dem melancholischen Temperament, die Manie dem sanguinischen verglichen werden, die Vergleichung des Zustandes der Verwirrtheit (Moria) mit dem cholerischen Temperament und der Demenz mit dem phlegmatischen ist aber nicht mehr zutreffend. Eher ist ein cholerisches Temperament oft noch beim Maniacus anzutreffen, während der Verwirrte mehr einem gemischten Temperament entspricht und die Demenz viel zu sehr die Negation alles geistigen Lebens darstellt, als dass ein in der Breite der Gesundheit liegender Complex von geistigen Eigenschaften damit verglichen werden könnte.

Wie die Temperamente zur Psychologie des alltäglichen Lebens gehören, so sind auch jene 4 Haupttypen des Irreseins dem gewöhnlichen Verständnisse leicht zugänglich. Will man aber den pathologischen Begriff derselben genauer feststellen, so entstehen nicht geringe Schwierigkeiten, weil bei der Zusammenfassung der äusserst mannichfaltigen Gestaltungen des Irreseins in nur 4 Gruppen der empirische Begriff nur ein sehr schwankender sein kann. Charakteristisch ist für alle diese 4 Formen, dass sie Veränderungen der gesammten Seele oder der psychischen

Funetionen in allen ihren Hauptkategorieen darstellen. Man unterscheidet bekanntlich 3 Hauptkategorieen psychischer Functionen, Gefühl, Verstand und Wille, in der Spraehe der Psychophysiologie als centripetale, intraeentrale und eentrifugale Seelenthätigkeit zu charakterisiren.

Sehr wesentlich ist nun für die riehtige Auffassung der psyehisehen Krankheiten, wie diese Funetionen so enge mit einander verknüpft sind, dass die Störung der einen Function sehr leieht und zu allermeist Störungen der übrigen Funetionen zur Folge hat. So sehen wir z. B. bei einem Melaneholiker bald wie er durch die verdüsterten Gefühle und Stimmungen d. h. durch herrsehend gewordene Zustände der centripetalen Seelenthätigkeit auch in seinem Denken (d. h. in den intracentralen Functionen) bestimmt wird, so dass er nur Vorstellungen mit für ihn unglückliehem Inhalt produciren kann, und wie er ferner in seiner Willensthätigkeit (d. h. in der centrifugalen Funetion) sich gehemmt, gleichsam wie gelähmt zeigt; bald sehen wir, wie Jemand der von einer krankhaften Unglücksidee (d. h. einer intraeentralen Seelenthätigkeit) erfasst ist, auch in seinem Empfinden (d. h. in der eentripetalen Seelenthätigkeit) beeinflusst wird und aueh in der Willensthätigkeit (der centrifugalen Seelenfunction) sich affieirt zeigt. Ebenso wie beim Melaneholiker ist beim Maniaeus sowohl das Fühlen als das Denken und Wollen afficirt, ebenso in der Verrüektheit oder Verwirrtheit, ebenso in der Demenz. Es ist nun, wie leicht ersichtlich, für das Verständniss des einzelnen Falles von grösstem Interesse zu untersuehen, ob ein solehes Symptom primär innerhalb der betreffenden Funetion entstanden ist, oder ob es sich seeundär auf Veranlassung eines andern Symptoms entwickelt hat. In jeder der 3 funetionellen Hauptkategorieen können Symptome primärer Störung auftreten; vermöge der Solidarität der psyehisehen Funetionen zieht aber die eine Störung bald andre und die der einen Funetion solehe in der andern naeh sieh, und es ist nicht immer zu entseheiden, wo der Ausgangspunkt anzunehmen ist. So ist in den als Melancholie vorkommenden Zuständen bald das Empfindungsleben der Ausgang der Störungen, bald das Verstandsleben. Darauf beruht nun die grosse Mannichfaltigkeit der psychisehen Krankheitszustände, dass bald in dieser, bald in jener Function, ferner dass bald nur in einer, bald aber in allen drei jener psychisehen Hauptfunetionen die Ausgangsstellen der psychischen Krankheit zu finden sind, und dass bei weiterem Verlauf die entwiekelteren Zustände trotz des verschiedenen Ausgangspunktes doeh mit ganz gleiehem symptomatisehem Gesammtcharakter versehen sind.

Diese innere Versehiedenartigkeit der psyehischen Gesammtzustände, welche unter je eine der 4 Hauptformen des Irreseins gefasst werden können, wiederholt sich nun auch in ihrer pathologischen Anatomie.

Man findet in den meisten Fällen in den Leichen Geisteskranker sehr ausgedehnte und mannichfaltige Veränderungen sowohl in den Hirnnervenorganen (Trübungen und Verdickungen der Hirnhäute, Exsudate und Extravasate in denselben, vermehrte Vaseularisation, Hyperämie und Anämie der Pia u. s. w.) als auch in der Hirnrinde, dem eigentlichen Träger der psychischen Functionen (dunklere oder blassere Färbung, grösserer oder geringerer Blutgehalt, grössere oder geringere Zahl der Blutgefässe, Verschmälerung der Dicke der Corticalis, ödematöse Beschaffenheit, grössere oder geringere Consistenz). Diese Veränderungen sind meist Producte von chronischen Entzündungen oder hyperplastischen Processen und andererseits von degenerativen Vorgängen (Kernwucherung in der Neuroglia, Wucherung der Neurogliazellen, Spaltung der Ganglienkerne, Verdickung und Gestaltsveränderungen der Ganglienzellen, Verkalkung derselben, besonders häufig Verdickungen der Gefässwände und ihrer zelligen Elemente, amyloide Degenerationen u. s. w.). Aber die verschiedenen Arten der anatomischen Veränderuug sowohl in makroskopischer als in histologischer Beziehung kommen nicht getrennt vor, sondern in mannichfacher Combination gemischt. Die meisten Sectionen kommen in sehr späten Stadien der Krankheiten vor, wir sehen in den anatomischen Befunden also vorzugsweise die Endstadien der Processe, und für die ersten Stadien ist man vorzugsweise noch auf Rückschlüsse aus jenen Endproducten angewiesen. So hat man dann z. B. für die Melancholie als einen Depressionszustand eine primäre Hirnanämie als das Wesen des Krankheitsproeesses angesehen, für die Manie, als vorzugsweisen Reizzustand eine Hirnhyperämie. Aber gerade bei Melancholikern findet man oft allgemeine Blutstauungen verbunden mit Lebervergrösserung und anderen abdominellen Hyperplasieen. Andererseits ist eine acute Manie nicht selten das Resultat plötzlicher grosser Blutverluste oder chronischer Ernährungsanomalieen oder allgemeiner Inanition. Also auch die anatomische Forschung vermag nicht das Schwankende und Unbestimmte, welches jene 4 Hauptformen darbieten, zu grösserer Concinnität zu bringen.

Ausser dieser durch die Natur des Gegenstandes begründeten Unbestimmtheit in der Begriffsbestimmung jener Hauptformen des Irreseins bedarf bei ihrer wissenschaftlichen Verwendung noch folgender wichtige Umstand einer Erwähnung, dass öfters 2 Formen gemischt vorkommen und dann das gegenseitige Verhältniss beider in dem betreffenden Falle nicht zum Verständniss gebracht werden kann. Die grösste Wichtigkeit aber ist derjenigen Thatsache beizumessen, dass in den allermeisten Krankheitsfällen die eine Form nach einiger Zeit durch eine andre verdrängt wird, so dass es dannden Anschein hat, als habe der Kranke hintereinander und unmittelbar aufeinander folgend an versehiedenen Krankheiten gelitten. Namentlich ist es eine durch ihre Häufigkeit sehr ausgezeichnete und auch

pathogenetisch sehr interessante Thatsache, dass in überwiegend häufigen Fällen die Krankheit mit Melancholie beginnt und dann später in Manie übergeht[1]). Man hat die durch den Seelenschmerz charakterisirte Anfangs-Melancholie (Initial-Melancholie) als eine psychische Hyperästhesie betrachtet, d. h. als eine Hyperenergie der centripetalen Seelenthätigkeit, die dann später auch eine Hyperenergie der übrigen Seelenhauptfunctionen, nämlich der intracentralen (Denkthätigkeit und der centrifugalen (Willen-, Begehrens- und Actionsthätigkeit) zur Folge hat, so dass gleichsam die ursprünglich von einer local beschränkten Stelle ausgehende Affection sich allmählich erweitert und über den ganzen Umfang des Seelengebietes ausbreitet.

Sehr interessant ist es ferner, dass auch die Manie dann nicht anhaltend ist, sondern dass nach mehr oder weniger langer Dauer in sehr vielen Fällen die allseitige Hyperenergie wieder nachlässt, und dass oft nur eine eigenthümliche Hyperenergie der intracentralen Functionen bestehen bleibt (Fixe Ideen ohne Systematisirung) die übrigen aber auf ein gewisses mittleres Maass zurückkommen. Es ist dieser an die Manie sich anschliessende Zustand ein solcher, der als Verwirrtheit (Moria) zu bezeichnen ist. Endlich hört auch dieser Zustand allmählich auf und macht einer allgemeinen Schwäche des Seelenlebens Platz, in welcher dann der Kranke bis an sein Lebensende verharrt.

So macht also der Krankheitsprocess gewissermassen 4 verschiedene Phasen durch, diese Phasen zeigen aber einen gewissen organischen oder pathogenetischen Zusammenhang. Die Hyperenergie der centripetalen Seelenthätigkeit geht in allgemeine psychische Hyperenergie über, die im Laufe dieser zweiten Phase zu den höchsten Graden ansteigt, dann allmählich schwächer wird, theils an Umfang theils an Intensität, und endlich in der vierten Phase zur Anenergie sämmtlicher psychischer Functionen herabsteigt. Die Krankheit zeigt also 2 Haupttheile ihres Verlaufs, einen ansteigenden und einen absteigenden. Wegen dieser bestimmten und leicht erkennbaren, gewissermassen systematischen

---

[1]) Die Thatsache des Beginnens der meisten Seelenstörungen unter der Form der Melancholie und des Ueberganges in Manie hat in ihrer wissenschaftlichen Bedeutsamkeit zuerst der belgische Psychiater Guislain hervorgehoben (Traité des phrénopathies. 1826. übers. von Wunderlich mit Zusätzen von Zeller. Stuttg. u. Leipzig. 1838). In Deutschland hat zuerst Zeller (Director der württembergischen Heilanstalt Winnenthal, jetzt der ehrenwertheste Nestor der deutschen Irrenärzte) darauf hingewiesen, auch die regelmässige Aufeinanderfolge der 4 Stadienformen beschrieben und mit aller Bestimmtheit den Satz aufgestellt, jene Formen seien nicht Krankheitsarten sondern Stadien des psychischen Krankheitsprocesses (Bericht über die Wirksamkeit der Heilanstalt Winnenthal von 1837—1840 in: Württemb. medicin. Corresp. Blatt Stuttg. 1840 Nr. 17 u. ff. S. 132). Als Zellers Schüler hat dann Griesinger diese Anschauung seiner speciellen Darstellung der Pathologie der psychischen Krankheiten zu Grunde gelegt (Die Pathol. und Therapie der psych. Krankh. I. Aufl. Stuttg. 1845).

Reihenfolge hat man den Verlauf der Geisteskrankheiten mit dem Verlauf der fieberhaften Krankheiten verglichen und die Melancholie dem **Stadium incrementi** oder evolutionis gleich gesetzt, die Manie dem Stadium der Höhe (**Stadium acmes**), die Verwirrtheit (Moria) dem **Stadium decrementi**, und die Demenz, die man nun Schlussdemenz (**Terminaldemenz**) nennt, betrachtet man als den zum Stillstand gekommenen Defect der Krankheit (**Stadium defectus**).

Demnach kann es nun nicht zweifelhaft sein, dass wir in den sogenannten Formen der psychischen Krankheiten, wie sie von Alters her bekannt sind und noch jetzt unterschieden zu werden pflegen, nicht die Formen verschiedener Arten von Geisteskrankheiten zu erblicken haben, sondern die Formen ihrer verschiedenen Stadien oder noch besser die Formen verschiedener Symptomencomplexe, welche sie in verschiedenen Perioden ihres Verlaufs annehmen können. Sie sind in dieser Beziehung jenen somatischen Symptomencomplexen zu vergleichen, welche früher ebenfalls als verschiedene Krankheitsarten aufgeführt worden sind, wie Fieber, Hydrops, Icterus, Kachexie u. a. m., welche die neue Pathologie auch nur als Symptomengesammtcomplexe auffasst, und von denen jeder einzelne bei wesentlich verschiedenen Krankheiten vorkommen kann.

Das ist nun ein erster Hauptsatz der modernen klinischen Psychopathologie: die sogenannten Formen der psychischen Krankheiten sind nicht die Formen der verschiedenen Krankheitsarten sondern Formen von Symptomencomplexen oder psychischen Gesammtzuständen. Sie bedingen für sich also **keine Diagnose**.

Nachdem man diesen Satz festgestellt hatte, kam man zu dem Schluss, es gäbe gar keine verschiedenen Geisteskrankheitsarten; die vorkommenden Fälle von Geisteskrankheiten gehörten alle einer und derselben Art an und unterschieden sich nur durch die verschiedene Individualität der Betreffenden, wie vor allem je nach dem Stadium, in welchem der Fall gerade zur Beobachtung käme. Damit hört dann auf dem Gebiete der Psychopathologie eigentlich alle Diagnostik auf. Geisteskrankheit ist eben Geisteskrankheit, wo es keine differenten Arten giebt, da kann auch keine differentielle Diagnostik Platz greifen[2]).

---

[2]) Während Griesinger die alten Krankheitsformen noch neben ihrer Auffassung als Stadien doch auch als Krankheitsarten vorführt, hat erst Neumann (Prof. in Breslau) jene Auffassung zur vollen Consequenz gebracht und den Satz von der Gleichartigkeit aller Geisteskrankheiten darauf gegründet. Er sagt S. 75 seines Lehrbuchs der Psychiatrie (Erlangen 1859): »Wo es keine Generation giebt, — giebt es keine Genera. Es giebt in Bezug auf die Seelenstörungen keine Genera — sondern nur Individuen, welche einzeln erkannt sein wollen.« S. 167: »Es giebt nur eine Art der Seelenstörung. Wir nennen sie das Irresein.«

Statt der Diagnose gewinnt dafür aber die Prognose eine grosse Bedeutung. Es ist nämlich eine sehr häufig erwiesene Thatsache, dass die weitaus überwiegende Mehrzahl der Heilungen im Stadium der Melancholie und dem der Manie zu Stande kommt, während unter Kranken, die über das Stadium der Manie hinaus krank geblieben sind (im Stadium der Verwirrtheit), nur noch ganz vereinzelt, im letzten Stadium aber, dem der Demenz, nie mehr Genesungen erreicht werden. Man hat der Wichtigkeit dieses Unterschiedes der Melancholie und Manie einerseits und der Verwirrtheit und Demenz andererseits dadurch einen wissenschaftlichen Ausdruck gegeben, dass man jene ersten Stadien primäre, die letzteren secundäre nannte.

Das klinische praktische Interesse spitzt sich nun ganz besonders zu der Frage zu: handelt es sich in einem bestimmten Falle um ein secundäres Stadium oder um ein primäres, oder, wie man inconsequenter Weise wieder sagt, um eine secundäre oder primäre Form. Es ist diese Frage nicht immer leicht zu entscheiden, weil im Stadium der Verwirrtheit noch oft Reste von maniakalischer Aufregung oder selbst intercurrent melancholische Symptome auftreten.

In dieser praktischen Beziehung also ist die Sonderung und Gegenüberstellung der Melancholie und Manie einerseits und der Verrücktheit und Demenz andererseits und ihre Unterscheidung als primäre und secundäre Zustände von einiger Bedeutung. Reinwissenschaftlich ist sie aber von geringem oder gar keinem Werth und verleitet sogar zu irrthümlichen Auffassungen, wie sie dem entsprechend auch zu unzweckmässigem Handeln führen kann. Zunächst ist es ja klar, dass man mit grösserer Correctheit von einem primären, secundären, tertiären und quarternären Stadium (resp. Form) sprechen könnte. Dann aber und vor allem ist die Reihenfolge der Stadien nicht immer eine so einfach gegliederte, zuweilen ist sie eine ganz andere. Es tritt z. B. zuweilen die Geisteskrankheit sofort als Manie auf (**acute Manie**) und geht später in Melancholie über, wonach Genesung eintritt; oder es tritt nach der Manie ein Zustand von geistiger Gesundheit von kurzer Dauer auf und danach folgt erst Melancholie, die wieder in Manie und dann in Melancholie übergeht (**Circuläres Irresein**)[3]. Oder es tritt selbst ganz plötzlich ein grosser Stumpfsinn bei einem bis dahin gesunden Menschen auf (**Dementia acuta**), und dieser geht in Manie über, später in Verrücktheit und endlich wieder in Stumpfsinn oder Demenz. Zuweilen tritt ein solcher Wechsel der Formen in sehr kurzen Zeiträumen selbst in tageweisem Wechsel auf. Und so lassen sich noch andere Differenzen und Combinationen auffinden,

---

[3] Diese Verlaufsweise ist zuerst 1851 von Falret unter diesem Namen beschrieben, dann aber von Baillarger **folie à double forme** genannt worden (Ann. méd. psych. 1854 p. 369.).

wenn man hierauf seine Aufmerksamkeit richtet; der weitaus häufigste Fall bleibt aber immer jene oben angegebene Reihenfolge, die man daher auch als den typischen Verlauf der Geisteskrankheiten bezeichnet.

Von allergrösstem Interesse, namentlich auch in praktischer Beziehung ist es aber, dass die überwiegend grössere Aussichtslosigkeit des dritten oder postmaniatischen Stadiums gegenüber dem ersten und zweiten Stadium durchaus nicht für alle Fälle von typisch wechselnden Geisteskrankheiten passt[4]). Da haben wir denn wohl allen Grund zu der nochmaligen Erwägung, ob es denn auch berechtigt ist, alle Geisteskrankheiten zu einer Art zu stellen. Es ist ja aber, wie oben ausführlich angegeben, die Thatsache nicht richtig, aus welcher dieser Satz gefolgert wurde, dass alle Geisteskrankheiten durch dieselben Stadien verlaufen. Es kann, wie ebenfalls angeführt, selbst Fälle geben, wo jene sogenannten secundären Zustände zuerst auftreten, also primäre sind; und vor allen Dingen giebt es sehr viele psychische Erkrankungen, wo überhaupt ein Wechsel gar nicht vorkömmt: wo trotz langer Dauer der Krankheit, das wesentliche Bild derselben immer constant dasselbe bleibt. Und zwar sind es besonders zwei Fälle, welche recht sehr häufig in durchaus constanter oder stabiler Weise auftreten, nämlich einmal Erkrankungen unter dem Bilde der Melancholie und sodann solche unter dem der Moria (Verrücktheit). Es giebt Melancholiker, welche im Jugendalter an der Melancholie erkrankt sind und ein hohes Greisenalter erreichen, und noch in diesem Alter im Wesentlichen nur das Bild der Melancholie zeigen, wo also trotz langer Dauer der Krankheit die Melancholie nicht in Manie übergegangen ist. Es giebt ferner Verrückte, welche vom ersten Beginn ihrer Krankheit an nicht Melancholie, nicht Manie zeigten, sondern gleich in Störungen der Ideen und des Denkens erkrankten, wie sie für die Verrücktheit charakteristisch sind, die also von Anfang an Verrückte darstellten und die ebenfalls trotz langer Dauer der Krankheit kein andres Krankheitsbild zur Entwickelung brachten. Man hat diese letzten Fälle als primäre oder originäre Verrücktheit bezeichnet und als solche von jenen andern Fällen, wo die Verrücktheit secundär auftritt, abgesondert. Ebenso muss man aber auch die Fälle, wo die Melancholie nicht ein blosses Initialstadium oder ein intercurrentes transitorisches Krankheitsbild darstellt, absondern von den Fällen, wo sie blos ein Initial- oder vorübergehendes Stadium ist.

Wir haben also von den 4 Hauptstadienformen je eine von den sogenannten primären und eine von den secundären, welche stabil beobachtet werden. Ganz anders ist es aber mit der Manie. Diese ist noch nie,

---

[4]) Dies ist namentlich der Fall bei der Krankheitsart, welche ich als Katatonie oder Spannungs-Irresein beschrieben habe, von welcher weiterhin noch die Rede sein wird.

wenn sie nicht eine gar zu kurze Dauer gehabt hat, primär und zugleich continuirlich beobachtet worden. Immer geht die Manie entweder aus andern Formen hervor, oder, wenn sie nicht eben von ganz kurzer Dauer ist, wechselt sie mit andern Zuständen oder mit lichten Zwischenräumen (lucida intervalla) ab und geht schliesslich in Demenz über.

Vergleichen wir nun untereinander jene beiden Fälle, welche für sich in constanter oder stabiler Form auftreten können, die Melancholie und die Verrücktheit gegenüber der Manie, die als Repräsentant der Fälle mit wechselndem Verlauf angesehen werden kann, so ist es leicht ersichtlich, dass in der constanten oder definitiven Melancholie und in der originären Verrücktheit nicht der ganze Umfang des Seelenlebens ist, sondern nur ein Theil, neben welchem sehr viel ganz gesunde Seelenäusserungen zu Tage treten. Und dieser ergriffen, krankhaft afficirte Theil ist in jeder dieser beiden Formen ein ganz bestimmter, in der Melancholie ist es das Gefühl oder die centripetale Seelenthätigkeit, welche krankhaft functionirt, indem sie von einer traurigen Farbe der Stimmung erfüllt wird; und in der Verrücktheit ist es die Intelligenz oder die intracentrale Seelenthätigkeit, welche unter der Herrschaft einer bestimmten Vorstellungscombination steht. In der constanten Melancholie kann jedes andre psychische Symptom aus diesem Hauptsymptom der krankhaften Stimmung abgeleitet werden, in der originären Verrücktheit bildet die krankhafte Vorstellung den causalen Ausgangspunkt aller übrigen krankhaften Seelenvorgänge und soweit das Seelenleben nicht mit ihr in Beziehung steht, zeigt es sich gesund. Diese beiden Formen sind also in ihren Symptomen primär auf eine bestimmte Gruppe von psychischen Erscheinungen beschränkt, sie stellen einseitige speciale oder partielle Störungen des Seelenlebens das, allerdings in diffuser Weise, in einem gewissen grösseren Umfange, nicht auf ein psychisches Element beschränkt. Gegenüber diesen Fällen von constantem Umfang der Seelenstörung, zeigt sich in der Manie, als dem Repräsentanten der Fälle mit wechselndem Verlaufe die ganze Breite des Seelenlebens primär afficirt und zwar in solcher Weise, dass man entweder das einzelne Symptom gar nicht aus einem anderen ableiten kann, oder aber, dass bei jeder Hauptkategorie der Symptome der Ausgangspunkt für die übrigen anzunehmen ist. Sehen wir uns z. B. einen Maniacus an, so fällt zunächst die grosse körperliche Agitation in die Augen, er tanzt, läuft umher oder gesticulirt mit den Armen, dabei singt er oft oder declamirt oder hat irgend eine wichtige Beschäftigung vor. Beobachten wir ihn in seinem Sprechen, so finden wir einen grossen Wechsel der Vorstellungen, aus denen oft ein gesteigertes Selbstbewusstsein hervorleuchtet. Sein Verhalten, so weit es der Ausdruck der Gemüthsstimmung ist, zeigt sich meist heiter, er lacht oder sein Gesicht glänzt von Glückseligkeit, zuweilen aber zeigt sich plötzlich ein Ausbruch grosser Traurigkeit, viel-

leicht hervorgerufen durch irgend ein nichtiges Ereigniss, wie z. B. dass ihm ein Stückchen Holz in der Hand zerbricht, welches er für ein Scepter gehalten hat. Sehr schnell aber kommt wieder eine freudige Stimmung zum Ausbruch, die Worte drängen sich im Munde, Sätze werden oft nur halb ausgesprochen, irgend ein Wort giebt den Anstoss, um auf einen ganz entfernt gelegenen Gedanken zu kommen u. s. w. Ein solcher Kranker wird nicht müde, obwohl er Tag und Nacht in Bewegung ist, in seinen tobsüchtigen Veranstaltungen zeigt er eine Kraftentfaltung, wie sie einem Gesunden nicht zuzutrauen ist u. s. w. Wo ist hier der Ausgangspunkt der unter einander verketteten Vorgänge? Man könnte eben so wohl aus dem mühelosen Vorgange sämmtlicher Muskelactionen und aus dem schnellen Gedankenflusse die heitere Gefühlslage und damit die Erhöhung des Selbstbewusstseins ableiten, wie umgekehrt aus der heitern Stimmung die erhabene Auffassung seines Selbst und die Lust an Bewegungen und Thätigsein. Jedenfalls zeigt sich das Seelenleben in allen wesentlichen Zügen seiner Functionen krankhaft afficirt und in jeder symptomatischen Hauptkategorie kann der Ausgangspunkt anderer secundärer Störungen für die übrigen functionellen Kategorieen gefunden werden. Die ganze Breite des Seelenlebens zeigt sich mannichfach primär afficirt, während in den vorigen beiden Formen nur eine Kategorie primär alterirt war.

Damit haben wir eine zweite sehr wichtige klinische Thatsache erkannt, die Geisteskrankheiten mit wechselndem Verlauf sind umfängliche (complexe) oder relativ totale Seelenstörungen mit der Tendenz schliesslich in Blödsinn überzugehen, geistig zu degeneriren, während jene vorhin näher charakterisirten Formen mit constantem Verlauf als speciale oder relativ partielle Seelenstörungen aufzufassen sind, die keine Tendenz zur geistigen Degeneration haben.

Dieser somit festgestellte Thatbestand der Verschiedenheit zweier klinischen Gruppen von Krankheitsfällen je nach Umfang der Störung, Verlauf und endlichem Ausgang macht es nun zur wissenschaftlichen Pflicht, um Missverständnissen vorzubeugen, ihm auch einen terminologischen Ausdruck zu geben. Die Fälle von stabiler oder definitiver Melancholie sind von dem übrigen Vorkommen melancholischer Zustände als Initial- und transitorischer Melancholie zu trennen; in jenen stabil-melancholischen Fällen bedingt die Melancholie den ganzen Charakter der Krankheit, in diesen Fällen bedingt sie nur ein vorübergehendes Stadium. Es empfiehlt sich am meisten das Wort Melancholie für die Bezeichnung des Stadiums, beziehendlich des psychischen Zu-

standes zu reserviren, für die Fälle mit constant melancholischem Charakter aber, in welchen alle krankhaften Erscheinungen aus dem gestörten Fühlen abgeleitet werden können, das Wort **Dysthymie**[5]) einzuführen. In Bezug auf die andere Form partieller Geisteskrankheit empfiehlt es sich, den Ausdruck Verrücktheit (**Paranoia**) für die originäre constante Form zu verwenden und dagegen für die secundäre Form, die nur ein Stadium bildet, das Wort Verwirrtheit (**Perturbation**) zu gebrauchen. Verrücktheit (Paranoia) und Dysthymia sind also Krankheitsarten und zwar partielle Seelenstörungen, Verwirrtheit aber und Melancholie, die mit ihnen temporär einen scheinbar gleichen symptomatischen Charakter haben, sind nur Krankheitszustände oder Zustandsformen.

Zur specielleren Ausführung dieser beiden Gruppen mag hier nun noch folgendes erwähnt werden.

A. Special- oder Partial-Seelenstörungen.

Die beiden angeführten Arten partieller Seelenstörungen repräsentiren Specialerkrankungen je einer der zwei psychischen Functionen-Kategorieen; der Specialerkrankung der centripetalen Functionen entspricht die Dysthymia, eine Specialerkrankung der intracentralen Functionen ist die Paranoia (Verrücktheit). Hier wirft sich nun die Frage entgegen: Kann auch die dritte psychische Hauptkategorie, das Gebiet der centrifugalen Seelenfunctionen separat erkranken? Man hat das häufig angenommen und hat hier solche Fälle hingestellt, welche sich durch das krankhafte Hervortreten einzelner Handlungen — meist verbrecherischer Art — oder durch das Herrschen einzelner Triebe auszeichnen. Wegen dieser Einzelnheit des krankhaften Symptoms wurden diese Fälle als **Monomanieen** (**Einzelwahnkrankheiten** oder **Einzeltriebkrankheiten**) bezeichnet[6]). Es hat sich aber (abgesehen von ganz unge-

---

[5]) Den Ausdruck **Dysthymie** hat Flemming (ehemaliger Director der mecklenburgischen Heilanstalt Sachsenberg, jetzt in Schwerin) in die neuere Psychiatrie eingeführt, indem er ihn statt des auf der antiken Hypothese der Schwarzgalligkeit basirenden Ausdrucks Melancholie anwendete (Allg. Ztschr. f. Psychiatrie 1844). Die specielle Verwendung für die Krankheitsart der continuirlichen Gemüthsdepression und die bleibende Verwendung des Wortes Melancholie für den entsprechenden Zustand, beziehungsweise das betreffende Stadium habe ich zuerst in meiner »Gruppirung der psychischen Krankheiten« (Danzig 1863) angegeben. Auch Griesinger hat dann den Ausdruck Dysthymie für reine Gefühlsanomalien angenommen (Vortrag zur Eröffnung der Klinik für Nerven- und Geisteskranke 1866. Archiv f. Heilk. 1866. Bd. VII. S. 344. 347.)

[6]) Die Lehre von den **Monomanieen** ist von Esquirol aufgestellt worden, welcher zunächst drei Arten unterscheidet: Monomanie affective, intellectuelle und instinctive, deren erste etwa unserer Dysthymie, die zweite unserer Paranoia entspricht, während die dritte, die Monomanie instinctive die Specialstörungen der centrifugalen psychischen Functionen umfasst und bei Esquirol folgende fünf Varietäten enthält: 1) Erotoma-

nügend beobachteten oder der Beobachtung zu früh entzogenen Fällen) herausgestellt, dass in den meisten Fällen ausser diesem einen Symptom noch andre wichtige Symptome vorhanden waren, welche der Kategorie des Fühlens oder des Denkens angehörten, und dass daher diese Fälle unter dem Gesichtspunkte dieser andern Symptome in andre Gruppen von Seelenkrankheitsarten versetzt werden konnten.

Die Annahme von Einzeltriebkrankheiten und überhaupt von Separaterkrankungen des centrifugalen Functionengebietes (des Willens und der Triebe) wird also durch die klinische Beobachtung nicht bestätigt.

B. Complexe, Umfängliche oder Total-Seelenstörungen.

Die in wechselndem Verlaufe, durch verschiedene Stadien verlaufenden Seelenstörungen erreichen im Stadium der Manie einen solchen Umfang der psychischen Alienation, dass man sie als umfängliche (complexe) oder im Gegensatz zu jenen Separat- oder Specialerkrankungen, als relativ totale Seelenstörungen bezeichnen muss. Je nach der grösseren Heftigkeit oder Intensität der Erkrankung kann das melancholische Stadium von langer oder kurzer Dauer sein und selbst ganz fehlen, und im letzteren Falle tritt die Krankheit also sofort als Manie in die Erscheinung. Als solche dauert sie meist längere Zeit und nimmt vorzugsweise die Aufmerksamkeit in Anspruch. Primäre Reizerscheinungen in allen Seelengebieten bilden den hervortretenden Charakter dieses Zustandes. In besonderer Mannichfaltigkeit sind hier die Reizerscheinungen in den centrifugalen Functionen betheiligt, welche bei den Partialerkrankungen so geringfügige Alteration zeigten. Verkehrtes Handeln, im Einzelnen oft als gewaltthätige, zerstörende Thätigkeit (Zerstörungstrieb), wie im Allgemeinen als unsteter Bewegungs- und Beschäftigungstrieb hervortretend, bilden eine überreiche Quelle fortwährender Belästigung der Umgebung und eine ebenso besonders wichtige wie peinliche Aufgabe der Beobachtung und Behandlung. Ausser diesen mehr durch den psychischen

---

nie; 2) Monomanie ohne Delirium (Monomanie raisonnante); 3) Monomanie aus Trunksucht (Dipsomanie); 4) Monomanie incendiaire (Pyromanie, Brandstiftungsmanie); 5) Monomanie homicide (Mordmonomanie).

Diese Gruppe der instinctiven oder impulsiven Monomanieen ist dann von späteren Aerzten noch sehr vermehrt worden, aber trotz der übermässig angeschwollenen Literatur stellt die Monomanieen-Lehre doch eins der unfruchtbarsten Capitel der Psychiatrie dar. In der neueren Psychopathologie ist der Begriff der Monomanie als Krankheitsart mit Recht ganz aufgegeben worden, und man kann ihn nur noch als Bezeichnung von centrifugalen psychischen Einzelsymptomen gelten lassen, wie sie bei verschiedenen Krankheitsarten vorkommen. Ebenso ist der an seine Stelle getretene Begriff des moralischen Irreseins, den der Engländer Prichard zuerst aufgestellt hat, nicht zu halten, namentlich nicht als Specialerkrankung der centrifugalen psychischen Function, und auch er bezeichnet nur eine symptomatische Einzelnheit verschiedener anders zu specialisirender Krankheitsarten.

Inhalt gekennzeichneten centrifugalen Symptomen greift die Störung in centrifugaler Richtung noch weiter auf die Peripherie über, und mannichfaltige motorische, einerseits lähmungs- andererseits krampfartige Symptome in eigenthümlicher Gestaltung und meist in progressivem Weiterschreiten bilden charakteristische und wesentliche Begleiterscheinungen dieser Fälle.

Allmählich lassen einzelne Reizsymptome nach, so namentlich die des centrifugalen Gebietes mit psychischem Inhalt (der übermässige Thätigkeits- und Bewegungstrieb), es tritt äusserlich mehr Ruhe ein, während im Gebiete der intracentralen Functionen einförmige leichtere Reizvorgänge die Ueberhand gewinnen: wir haben das Stadium der Verwirrtheit. Endlich treten auch diese Reizerscheinungen der intracentralen psychischen Functionen zurück und Schwächeerscheinungen in allen Seelengebieten bezeichnen den leicht erkennbaren Charakter dieses die Schlussphase des ganzen Krankheitsprocesses bildenden Zustandes: Terminaldemenz, Endblödsinn.

Diese Fälle lassen nun eine dreifache Verschiedenheit erkennen. Entweder sind sie von charakteristischen Erscheinungen im cetrifugalen peripherischen (motorischen) Nervensystem ganz frei; solche Fälle stellen den einfach typischen Verlauf des complexen Irreseins dar: **Typisches Totalirresein (Vesania typica)**[7]. Oder es treten lähmungsartige (paretische) und wirkliche Lähmungserscheinungen in verschiedenen Gebieten als charakteristische Begleiter der psychischen Symptome auf: **Lähmungsartiges Totalirresein (allgemeine Paralyse der Irren)**[8]. Oder die Begleiterscheinungen sind mannichfache mehr oder weniger voll-

---

[7]) Man könnte diese Krankheitsart füglich nach den ersten Beobachtern des stadienhaften Zusammenhanges von Melancholie und Manie die Guislain-Zeller'sche Krankheit nennen, wie man die folgende Art die Calmeil'sche Krankheit genannt hat.

[8]) Schon Esquirol hat auf das Symptom der Lähmung als häufige Complication des Irreseins aufmerksam gemacht (1805, 1814). Dann haben seine Schüler Bayle (Recherches sur l'arachnite chronique. Paris 1822) und Delaye (De la paralysie générale incomplète. Paris 1822) und namentlich Calmail (De la paralysie considérée chez les aliénés. Paris 1826) ausführlicher darüber gehandelt und noch Griesinger behandelt sie in seinem Lehrbuch als Complication des Irreseins. Diagnostisch aber hat sich ihre Auffassung als besondere Krankheitsart allmählich festgestellt und jetzt ist sie die am besten gekannte und in der psychiatrischen Literatur wie keine andre ausführlich beschriebene und wissenschaftlich consolidirte Form. Besondere Verdienste hat sich namentlich um ihre anatomische Durchforschung und ihre Beziehung zur Tabes dorsualis Prof. Westphal erworben (Ztschr. f. Psychiatrie 1863 und 1864, Archiv f. pathol. Anat. 1867. Bd. 39 und 40 und Arch. f. Psychiatrie 1868). Die Literatur über diese Krankheitsart ist so reich, dass hier nur noch auf das zusammenfassende Werkchen von Th. Simon (die Gehirnerweichung der Irren — Dementia paralytica. Hamburg 1871) hingewiesen werden mag, in welchem sich weitere literarische Nachweise finden.

ständig krampfartige Zustände: **Spannungs-Totalirresein (Katatonia)** [9]. Zuweilen kommt in dem Verlauf dieser Total-Irreseins-Arten die Modification vor, dass die Manie, das Höhenstadium, sehr wenig oder gar nicht ausgeprägt ist und dann das Stadium der Melancholie unmittelbar in das der Verwirrtheit übergeht. Ganz besonders interessant ist die namentlich bei der Vesania typica vorkommende Modification, bei welcher nach Ablauf der Melancholie und Manie einige Zeit scheinbarer Gesundheit folgt und dann wieder Melancholie und Manie auftreten, die nun erst, oder auch erst nach nochmaliger durch ein Zwischenstadium geistiger Gesundheit getrennter Wiederholung in Verwirrtheit und endlichen Blödsinn übergehen. (Reduplicirtes typisches Totalirresein, oder wie es gewöhnlich genannt wird, **Circuläres Irresein**). [Siehe pag. 1134].

Eine ferner sehr bedeutungsvolle und zwar von Alters her bekannte, aber je länger je mehr in der klinischen Beurtheilung an Wichtigkeit gewinnende Thatsache wird durch die häufig sich darbietende Beobachtung constatirt, dass Geisteskrankheiten zuweilen aus somatischen Krankheiten hervorgehen und dann nur ein ihnen untergeordnetes Element sind [10]. Hierher gehört schon das sogenannte Fieberdelirium und das Intoxicationsdelirium wie es z. B. im Alkoholrausch oder in der Narcose auftritt. Ganz besonders interessant aber sind Fälle, wo ein Ausbruch von Seelenstörung vollständig an die Stelle einer in ihrem Verlauf noch nicht beendigten Krankheit tritt. So beobachtet man in Malariagegenden zuweilen Fälle, wo nach einigen Intermittensparoxysmen plötzlich statt eines solchen Fieberparoxysmus ein kurzer maniakalischer Anfall ohne fieberhafte Pulsfrequenz auftritt, sich in demselben Rhythmus wiederholt, wie die gewöhnlichen Fieberparoxysmen, und endlich durch Chiningebrauch ebenso prompt coupirt wird, wie andere Malariafälle [11]. In solchen Fällen ist die Seelenstörung offenbar ganz anderer

---

[9] Diese Krankheitsart ist von mir 1874 (1. Heft der klinischen Abhandlungen über psychische Krankheiten. Berlin) beschrieben und durch zahlreiche Krankengeschichten illustrirt worden.

[10] Diese pathogenetisch secundären Psychosen sind namentlich in England häufig Gegenstand der Bearbeitung gewesen und haben die Psychiater Skae und Clouston fast alles Vorkommen von psychischen Krankheiten auf die Metamorphose aus somatischen Krankheitsprocessen oder die Erregung durch solche zurückzuführen gesucht. Gegenüber den überaus mannichfaltigen, in 33 Krankheitsarten gegliederten, somatisch veranlassten Psychosen nehmen freilich die idiopathischen, bei Skae und Clouston als 34ste, letzte Art aufgeführten Psychopathieen eine sehr dürftige, fast verschwindende Stelle ein (The Morisonian lectures on insanity. Journ. of ment. science 1873—1875).

[11] Ueber diese vicariirende Malaria-Psychose findet sich zuerst eine aus-

Art, als wenn sie nach irgend einem geistigen Insult auftritt, sie ist hier nur der Ausdruck einer vorübergehenden, gewissermassen äusseren Reizung des Seelenorgans, nicht eine eigentliche Veränderung desselben selbst. Ein ähnliches **vicariirendes** Verhältniss wie beim Malaria-Intermittens kommt auf dem Boden der rheumatischen Krankheit vor als die sogenannte **protrahirte Form der rheumatischen Hirnerkrankung**, wie sie Griesinger genannt hat[12]). Hierher sind ferner die Fälle zu stellen, wo nach einer ganz bestimmten Störung innerhalb der weiblichen Sexualorgane eine Geisteskrankheit auftritt, die nach Aufhebung jener Störung z. B. einer Gebärmutterknickung sofort verschwindet, aber auch wieder sofort eintritt, sobald jene locale Störung wieder eingetreten ist. Es liegt hier offenbar ein ganz ähnliches oder vielmehr dasselbe Verhältniss vor, wie bei der sogenannten Reflex-Epilepsie, wo von irgend einem peripherischen Insult allgemeine Convulsionen ausgelöst werden und nach Entfernung der peripherischen Störung, etwa durch Ausschneiden einer Narbe, das Epilepsieleiden aufhört. Wir werden diese Fälle, wo Psychosen durch eine peripherische Krankheit angeregt worden, daher mit Fug und Recht als **Reflexpsychosen** von anderen Fällen und Formen zu trennen haben. In jenen Fällen dagegen, bei den Intoxications-Psychosen und ebenso auch bei der Malaria-Psychose und der rheumatischen Affection ist der Ausgang der Cerebralstörung vom Blute, also durch einen circulatorischen Consensus zu erklären. Ein Consensus bald, und bald ein Reflexverhältniss giebt uns dann den Anhalt für das Verständniss jener Fälle von Geisteskrankheit, welche nach Kopfverletzungen und Ohren- oder Augenkrankheiten auftreten[13]). Eine Depression der Tabula vitrea des Schädeldachs z. B. ruft eine Manie hervor, welche nach Elevation des Knochensplitters sofort verschwindet und völliger Geistesgesundheit Platz macht. In solchen Fällen ist es nicht sowohl der unmittelbare, durch den Knochensplitter hervorgebrachte Reiz, welcher die Geistesstörung erzeugt, sondern der Reflex welcher von dieser Stelle auf das ganze Gehirn ausgeht, und die eigentliche Grundlage der Krankheit ist nicht diese beschränkte Stelle der Gehirnoberfläche sondern die über das ganze Gehirn ausgebreitete gesteigerte Reflexempfindlichkeit, die aber an sich noch keine Geisteskrankheit her-

---

führliche Beschreibung von Foeke 1848 (Ueber typisches [i. e. intermittirendes] Irresein. Allg. Ztschr. f. Psych. 1848).

[12]) Siehe: Griesinger: Ueber die protrahirte Form der rheumatischen Hirnaffection. Arch. f. Heilkunde 1866.

[13]) In neuester Zeit von v. Krafft-Ebing (Ueber die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzung hervorgerufenen psychischen Krankheiten. Erlangen 1868) und Prof. Köppe (Halle) (Ziemssen und Zenker, Deutsches Archiv für klinische Medicin XIII. 1874. S. 353 ff.).

vorruft. Eben hierher gehören dann auch die luetischen Psychosen[14]) und die in der Reconvalescenz nach constitutionellen und nach fieberhaften Localkrankheiten zuweilen auftretenden chronischen Psychopathieen, wie nach Typhus, Pneumonie u. s. w.

Diese im Anschluss an eine bestimmte somatische Krankheit oder an eine einzelne constitutionelle Störung entstehenden Psychopathieen sind nun nicht nur in ätiologischer und anatomischer Beziehung von den übrigen Psychosen zu trennen, sondern sie sind auch in ihren symptomatischen Zuständen eigenthümlich charakterisirt. Bei den mehr acut verlaufenden Fällen gehört ihr Symptomencomplex der Manie an und diese Manie ist ausgezeichnet durch das sehr schroffe plötzliche Auftreten und die oft kurze Dauer. Innerhalb der Manie ist das Symptom der rapiden Wuthhandlungen besonders hervorstehend. Bei den mehr chronisch verlaufenden Fällen ist eigenthümlich eine gewisse Unbestimmtheit der Ausprägung eines Krankheitsbildes und diese Unbestimmtheit beruht zum Theil auf dem Vorhandensein oft ganz entgegengesetzter Symptomencharaktere (z. B. Selbstverachtung und Hochmuth, oder Todesfurcht und Selbstmordtrieb) theils auf der häufigen Veränderlichkeit der Symptome. So stellen diese Fälle sehr frühzeitig oder von Anfang an das Bild der Verwirrtheit mit Schwäche dar. Sehr charakteristisch ist für diese Gruppe ferner das häufige Unterbrochensein der psychischen Störung durch scheinbar volle Gesundheit (**lucida intervalla**) oder durch einzelne gesunde Seelenäusserungen. Endlich zeichnen sie sich aus durch das Vorkommen einzelner isolirter Symptome meist aus dem Gebiete des moralischen Seelenlebens.

Diese Thatsachen berechtigen uns, die im Anschluss an körperliche Krankheiten oder an somatische Krankheitszustände entstandenen Psychopathieen, sofern dieser Zusammenhang nicht ein zufälliger ist, sondern durch die eigenthümliche Ausprägung der Symptome und des Verlaufs sich als ein wesentlicher auffassen lässt, als eine besondere Gruppe von psychischen Krankheiten zu betrachten.

Daraus lässt sich dann ferner der Satz ableiten, die Geisteskrankheiten sind nicht in allen Fällen idiopathische oder originäre und selbst-

---

[14]) Vgl. Prof. O. Heubner: Die luetische Erkrankung der Hirnarterien (Leipzig 1874) und Prof. Wunderlich (Ueber luetische Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks, im Volkmann's Sammlung klinisch. Vorträge Nr. 93). Interessant ist die von diesen Autoren hervorgehobene Charakteristik der Symptome: das Halbe, Unvollständige der schweren (nervösen) Erscheinungen, das Widersprechende (grosse Reizbarkeit und apathische Geistesabwesenheit), das Jähe in dem Wechsel zum Bessern sowohl als zur Verschlimmerung — symptomatische Eigenthümlichkeiten, die sich auch bei den luëtischen Psychosen und bei einem grossen Theil aller übrigen pathogenetisch secundären Psychopathieen vorfinden.

ständige Gehirnerkrankungen, sondern sie können ihren Ausgangspunkt und therapeutisch wichtigsten Heerd auch ausserhalb des Gehirns an irgend einer Stelle des Körpers haben. Diese reflectorischen und consensuellen Psychopathieen sind gegenüber der Gruppe der idiopathischen Psychosen im eigentlichsten Sinne **secundäre Psychopathieen.**

Endlich ist noch ein klinisch sehr wichtiges Verhältniss von allgemeiner Bedeutung zu erwähnen. Es giebt Geisteskrankheiten, die sich nicht sowohl an eine bestimmte peripherische oder somatische Krankheit oder einen solchen Krankheitszustand anschliessen, sondern die an eine besonders ausgeprägte Lebensphase gebunden sind. So ist bekanntlich mit dem hohen **Greisenalter** häufig eine Schwächung und Alteration der psychischen Functionen verbunden, die nur oder doch vorzugsweise auf die natürliche, gewissermassen physiologische Involution des Gehirns zurückzuführen ist. Andererseits ist die hochgradige Geistesschwäche, die nach Hydrocephalus und andern Gehirnkrankheiten im frühen **Kindesalter** eintritt, nicht sowohl der Erfolg irgend einer besondern Hirnstörung sondern vorzugsweise das Resultat des Zurückbleibens des Seelenlebens beim Stehenbleiben der Hirnentwicklung. Auch in der Zeit der **Pubertätsentwicklung**[15]) treten Geisteskrankheiten auf, die sich von allen andern Formen sehr bestimmt unterscheiden, und für welche ein anderer Untergrund nicht zu finden ist, als jene in dieser Zeit bei allen Menschen mehr oder weniger intensiv auftretenden organischen Gesammtveränderungen. Geisteskranke, die an dieser Art der Störung leiden, zeigen auch wenn sie ein hohes Alter erreichen, den Charakter des unentwickelten, unreifen, kindlichen und jungenhaften; bei weiblichen Kranken tritt meist ganz besonders ein sexuelles Element in den Vordergrund (Nymphomanie, Erotomanie), während männliche Kranke dieser Kategorie, um es kurz und prägnant zu bezeichnen, das Urbild des ewigen Quartaners Karlchen Miessnick darstellen, d. h. ein eigenthümliches Gemisch von Altklugheit und Geistesschwäche, von hochfahrend ernsthaftem Interesse und kindischer Albernheit, welcher Zustandscomplex namentlich in den schriftlichen Elaboraten dieser Kranken deutlich zu erkennen ist. In allen diesen Fällen ist die individuelle Gesammtentwicklung die Hauptgrundlage der Krankheit, die sich ja wie bekannt ebenso wohl in dem peripherischen Körper abspielt, als in dem Gehirn, und verhältnissmässig geringfügige Gehirnstörungen bringen diesen Entwickelungsprocess in Unordnung und dann meist zu bleibender Störung.

---

[15]) Vergl.: Dr. Ewald Hecker, die Hebephrenie. Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie. Arch. f. patholog. Anat. 1870. 52. Bd.

Es verdient hier noch erwähnt zu werden, dass in diesen auf der Grundlage eines biogenetischen Proeesses entstandenen Fällen von Seelenkrankheiten vorzugsweise häufig hereditäre Momente beobaehtet werden und deckt sieh diese Gruppe der Seelenkrankheiten daher ziemlieh genau mit der Gruppe, welche von neueren französischen Psychiateren als **hereditäres Irresein**[16]) bezeichnet wird. Es darf aber nicht übersehen werden, dass hereditäre Momente aueh bei den vorhin betraehteten Gruppen vorkommen können. Dieses eine ätiologische Moment bedingt aber noch keine Diagnose, sondern erst der gesammte klinische Charakter d. h. der allseitige Symptomenzustand und der gesammte Verlauf.

Sowohl in dieser letzten Gruppe von Geisteskrankheitsfällen wie in der vorhin charakterisirten haben wir im eigentlichen Sinne secundäre Seelenstörungen, d. h. Fälle, in welchen die gesammte Seelenstörung (nicht bloss ein Stadium derselben), das zweite oder nachfolgende Glied naeh einer andersartigen Störung oder nach einem andersartigen Processe darstellt. In der vorigen Gruppe waren die Seelenstörungen secundär gegenüber einzelnen somatisch-pathologischen Processen, in der letzten Gruppe sind sie seeundär gegenüber allgemeinen anthropologischen oder biologischen Processen oder Entwickelungs-Vorgängen des Gesammtorganismus. Wir können diesen Unterschied als **pathogenetisch secundär** und **anthropogenetisch** oder **biogenetisch secundär** bezeichnen.

Recapituliren wir die somit gewonnenen Gesichtspunkte, so haben wir folgende Hauptsätze:

1. Die Geisteskrankheiten zeigen häufig einen wechselnden Verlauf und die versehiedenen Formen, welche in diesem Wechsel zur Beobachtung kommen, sind nieht Formen von psychischen Krankheitsarten sondern Benennungen von psychischen Symptomencomplexen oder psychischen Gesammtzuständen.

Solcher Gesammtzustände giebt es besonders vier häufig vorkommende und charakteristiseh ausgeprägte:

a. Melancholie (Schwermuth).
b. Manie (Tollheit).
c. Perturbation (Verwirrtheit).
d. Demenz (Blödsinn).

2. Es giebt auch Krankheitsfälle mit constantem Verlauf und gleichbleibendem Symptomencharakter und bei diesen continuirlichen Krankheiten ist die psychisehe Anomalie von geringerem Umfange

---

[16]) Vergl. Legrand du Saulle, die erbliche Geistesstörung. A. d. Französ. von Dr. Stark. Stuttg. 1874).

als bei den Fällen mit wechselndem Verlaufe. Gleichzeitig zeichnen sich die Psychopathieen mit wechselndem Verlauf durch die Tendenz zum endlichen Uebergang in Blödsinn aus, während die Fälle mit continuirlichem Verlaufe nicht in Blödsinn übergehen.

3. Diese je nach Umfang, Verlauf und Ausgang coïncidirende Differenz begründet die Unterscheidung von differenten Krankheitsarten oder Gruppen von Krankheitsarten.

I. Erkrankungen der psychischen **Specialfunctionen** (**Partielle** oder **Special-Psychosen**).
   1) Erkrankung im Gebiet der centripetalen psychischen Functionen (des Gefühls) **Dysthymia.**
   2) Erkrankung im Gebiet der intracentralen psychischen Functionen (des Denkens) **Paranoia.**

II. Erkrankung des **gesammten** psychischen Functionen-Systems (**Totale** oder **complexe Psychosen**).
   1) Das typische Totalirresein (**Vesania typica**).
   2) Das lähmungsartige Totalirresein (**Paralysis generalis vesanorum**).
   3) Das krampfartige oder **Spannungsirresein (Katatonie).**

Die beiden Gruppen der Special- und Complex-Psychosen sind vereinigt die **idiogenetischen** oder **primären Psychopathieen** im Gegensatze zu den durch die folgenden Gesichtspunkte zu begründenden **heterogenetischen** oder **secundären Psychopathieen.**

4) Seelenstörungen können auch reflectorisch oder consensuell von peripherischen, extracerebral gelegenen Körpertheilen oder von localen Hirntheilen oder von einem dem Hirn an sich fremden Krankheitsprocess erregt werden und stellen dann die

III. Hauptgruppe der Geisteskrankheiten dar:
die **pathogenetisch-secundären Psychosen**;

die diagnostische Differenzirung dieser Krankheiten richtet sich nach der speciellen voraufgehenden Krankheit.

5) Seelenkrankheiten können auch auf der Grundlage anthropologischer Entwickelungsphasen oder biogenetischer Gesammtzustände entstehen und sie bilden dann die

IV. Hauptgruppe der Geisteskrankheiten:
die **biogenetisch-secundären Psychosen.**

Ihre diagnostische Differenzirung richtet sich nach dem besonderen, die Grundlage bezeichnenden biogenetischen Process.